

## ANKIETA - test funkcjonalny i badanie neurologiczne

Nazwisko i imię .....

Adres ..... - .....

ul. ....

Telefon (ew. inny kontakt) .....

PESEL .....

Waga.....( podać orientacyjną masę ciała)

Wzrost.....

### CZĘŚĆ I

#### WYPEŁNIA OSOBA UBIEGAJĄCA SIĘ O PRZYJĘCIE DO OŚRODKA

- *Prosimy o uważne przeczytanie ankiety.*
- *Rzetelne informacje pozwolą dobrze zaplanować Pana (i) pobyt na turnusie rehabilitacyjnym.*
- *Odpowiedzi prosimy oznaczać zakreślając odpowiednie pole*
- *Jeżeli nie masz możliwości wypełnić ankiety samodzielnie, to poproś o pomoc osobę z Twojego otoczenia.*

Od kiedy Pan(i) choruje na stwardnienie rozsiane? Prosimy podać rok .....

1. Czy pracuje Pan(i) zawodowo?

tak       nie      Grupa KIZ     

Mam rentę inwalidzką od ..... roku

2. Czy potrzebuje Pan(i) pomocy w łóżku?

przy przewracaniu z boku na bok

przy zmianie pozycji z leżącej na siedzącą

przy niektórych innych zmianach pozycji - prosimy podać jakich

.....

3. Czy potrzebuje Pan(i) pomocy przy przemieszczaniu się?

• z łóżka na wózek:

tak, zawsze       tak, czasami       nie

• z wózka na łóżko:

tak, zawsze       tak, czasami       nie

• z wózka na sedes:

tak, zawsze       tak, czasami       nie

jestem we wszystkich tych czynnościach samodzielny (a)

**5. Czy potrzebuje Pan(i) pomocy przy myciu i higienie osobistej?**

- potrzebuję całkowitej pomocy
- potrzebuję pomocy przy takich czynnościach jak: (prosimy wymienić kilka)

.....

- nie potrzebuję żadnej pomocy

**6. Czy potrzebuje Pan(i) pomocy przy posiłkach?**

- tak, całkowitej pomocy
- pomocy częściowej, przy takich czynnościach jak: .....
- nie potrzebuję żadnej pomocy

**7. Czy potrzebuje Pan(i) pomocy przy ubieraniu?**

- **dolnej połowy ciała:**

- potrzebuję całkowitej pomocy
- potrzebuję częściowej pomocy
- nie potrzebuję żadnej pomocy

- **górną połowę ciała:**

- potrzebuję całkowitej pomocy
- potrzebuję częściowej pomocy
- nie potrzebuję żadnej pomocy

**8. Czy może Pan(i):**

- **chodzić całkiem samodzielnie?**

- tak, mogę przejść dystans około ..... metrów
- nie

- **chodzić przy pomocy?**

- kul     balkonika     laski     drugiej osoby

- **stać?**

- samodzielnie     przy pomocy kul, balkonika, trzymając się poręczy
- podtrzymywany(a) przez drugą osobę     nie mogę w ogóle stać

**siedzieć?**

- tak     mogę jedynie leżeć

**9. Ile metrów możesz przejść do pierwszych objawów zmęczenia.....**

**10. W domu poruszam się przy pomocy:**

- wózka     balkonika     kul     laski
- w inny sposób - jaki? .....

**11. Poza domem poruszam się przy pomocy:**

- wózka     balkonika     kul     laski
- w inny sposób - jaki? .....

**12. Praktycznie nie opuszczam mieszkania z następujących powodów:**

.....

**13. Czy ma Pan(i) odleżyny?**

- tak    nie

**14. Czy ma Pan(i) kłopoty z czynnościami fizjologicznymi?**

- mam stale    mam czasami    nie mam żadnych

**15. Używam cewnika:**

- cały czas    okresowo    nie używam

**16. Używam pieluch:**

- codziennie    okresowo    nie używam

**17. Czy ma Pan(i) kłopoty:**

• **z pamięcią:**

- tak, duże    tak, czasami    nie mam

• **ze słuchem:**

- tak, duże    tak, czasami    nie mam

• **z mówieniem:**

- tak, duże    tak, nieznaczne    tak, czasami    nie mam

**18. Inne informacje, które chciałby (chciałaby) Pan(i) przekazać: .....**

.....

.....

Data wypełnienia ankiety: ..... Podpis: .....

## CZĘŚĆ II

### WYPEŁNIA LEKARZ PROWADZĄCY (NEUROLOG)

#### WYWIAD:

początek (rok) pierwsze objawy( jakie), rozpoznanie choroby ( rok i gdzie), udostępnienie dokumentacji, która potwierdza rozpoznanie, dodatkowe informacje dotyczące aktualnego stanu zdrowia (ograniczenie lub przeciwwskazania do rehabilitacji ), aktualne leczenie.

#### Postać choroby (w zależności od przebiegu odpowiednie skreślić - x)

1. Postać remitująco-rzutowa ( R-R)
2. Postać wtórnie przewlekła (S-P)
3. Postać pierwotnie-postępująca (P-P)
4. Postać rzutowo-przewlekła (P-R)

#### Aktualny stan przedmiotowy funkcjonalny ( zgodnie ze skalą EDSS)

1. Prawidłowe badanie neurologiczne
2. Bez upośledzenia czynności minimalne objawy w jednym punkcie FS
3. Minimalne upośledzenie czynności w jednym punkcie FS
4. Umiarkowane upośledzenie w jednym punkcie FS albo łagodne upośledzenie czynności w 3 lub 4 punktach FS; chory w pełni chodzący.
5. Chory w pełni chodzący bez pomocy oraz samoobsługujący się powyżej 12 godzin dziennie, pomimo stosunkowo ciężkiego upośledzenia czynności, na które składa się zwykle jeden punkt FS o stopniu 4, zdolny do przejścia 500 metrów bez pomocy lub odpoczynku.
6. Chory zdolny do przejścia bez pomocy lub odpoczynku około 200 metrów, niewydolność ruchowa wystarczająco ciężka aby upośledzić całkowicie codzienne czynności
7. Stosowane okresowe lub jednostronne stałe wspomaganie (laska, kula, podciąg) konieczne do przejścia około 100 metrów z lub bez odpoczynku .
8. Chory niezdolny do przejścia ponad 5 metrów nawet z pomocą: poruszający się głównie na wózku - przebywa na nim ponad 12 godzin dziennie.
9. Chory porusza się jedynie na wózku lub jest nim wożony, ale przebywa poza wózkiem przez większość dnia; zachowanych wiele czynności samoobsługi zazwyczaj potrafi efektywnie używać kończyn górnych.
10. Chory leżący bezradny, może porozumiewać się i jeść
11. Śmierć z powodu stwardnienia rozsianego.

Data .....

Podpis i pieczęć lekarza .....